





Research Paper

Challenges in Visiting in the Intensive Care Unit

Kobra Noorian¹ , Batool Alidoost² , Zahra Tayebi³ , Mehri Doošti-Irani^{4*} 

1. Faculty Member, Research Center in Midwifery and Nursing Sciences, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

2. MSc Nursing Student, Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

3. Assistant Professor of Nursing, Department of Nursing, Social Determinants of Health Research Center, Nursing School, Alborz University of Medical Sciences Karaj, Iran.

4. Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Research Center in Midwifery and Nursing Sciences, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

Citation: Noorian K, Alidoost B, Tayebi Z, Doošti-Irani M. [Challenges in Visiting in the Intensive Care Unit (persian)] Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2020 9(2); 699-707

Resived: 1 Jan 2020**Accepted:** 13 July 2020**Available Online:** Sept 2020**Abstract**

Background & Aims: Open ICU visiting is recommended because of positive effects on patients and relatives. However, patient visiting in Iranian's ICU is restricted now. Many issues around the subject have not been properly addressed. Here the visiting challenges have been discussed.

Methods: This is a qualitative descriptive-exploratory study conducted through semi-structured deep interview with 35 participants (6 patients, 20 nurses, and 9 patient relatives) in Shahrekord in 2017. Data analysis was carried out with a thematic analysis approach.

Results: The main emerged theme was the "Conflict Experience". Families (patients' relatives) and patients consider the visiting as an important and necessary need, and this unmet need causes "imbalance between the families' need and laws" and the "imbalance between the patient's need and the laws." Meanwhile, there was another dichotomy that was imbalance between "nurses' human and scientific beliefs on the patients and families' need" and "nurse's belief in the reasons for the forbidden visiting and laws".

Conclusion: Experiencing "conflict" in participants indicates the necessity to find scientific and applicable strategies to address the visiting challenge.

Keywords:

Intensive Care Unit, Visiting, Qualitative Research

*Corresponding author:

Mehri Doošti-Irani

Address: Research Center in Midwifery and Nursing Sciences, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.**Email:** Mehri.doošti@gmail.com

چالش‌های ملاقات در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU)

کبری نوریان^۱، بتول علیدوست^۲، زهرا طیبی^۳، مهری دوستی ایرانی^{۴*}

۱. عضو هیات علمی، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی جامعه نگر، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران
۲. کارشناسی ارشد پرستاری، گرایش پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران
۳. استادیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
۴. استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی جامعه نگر، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

چکیده:

تاریخ دریافت:

تاریخ پذیرش:

تاریخ انتشار:

زمینه و هدف: ملاقات باز در ICU به علت اثرات آن بر بیماران و بستگان توصیه می‌شود اما در حال حاضر ملاقات در ICU به صورت محدود اجرا می‌گردد و چالش‌های حاصل از آن به درستی مورد بحث قرار نگرفته است. لذا در این مطالعه به تبیین چالش‌های ملاقات پرداخته شد.

روش بررسی: این مطالعه، یک پژوهش کیفی از نوع توصیفی-اکتشافی بود که از طریق مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته با ۳۵ مشارکت‌کننده در بیمارستان‌های شهرکرد شامل ۶ بیمار، ۹ همراه بیمار و ۲۰ پرستار در سال ۱۳۹۶ انجام گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با رویکرد تحلیل تماتیک انجام گردید.

یافته‌ها: تم (درون‌مایه) حاصل از تحلیل یافته‌ها، «تجربه‌ی تعارض» بود. این تعارض در همه‌ی گروه‌های مشارکت‌کننده اعم از بیمار، ملاقات‌کننده و پرستار مشاهده شد و منجر به بروز سوابق‌های «عدم تعادل بین نیاز بیمار و همراه با قوانین» و «عدم تعادل بین باورهای علمی و انسانی پرستاران و قوانین موجود» گردید.

نتیجه‌گیری: تجربه‌ی تعارض در مشارکت‌کنندگان این مطالعه بیان‌کننده‌ی ضرورت یافتن دلایل ایجاد کننده‌ی تعارض از جمله روتین‌محوری و عدم اجرای عملکرد مبتنی بر شواهد از سوی پرسنل و به دنبال آن راهکارهای عملی و علمی برای رفع چالش ملاقات محدود است.

کلید واژه‌ها:

واژه‌های کلیدی: بخش مراقبت ویژه (ICU)، ملاقات، مطالعه‌ی کیفی

*نویسنده مسئول:

مهری دوستی ایرانی

نشانی: مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی جامعه‌نگر، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

پست الکترونیک: Mehri.dooosti@gmail.com

مقدمه

پذیرش در ICU، که معمولاً به صورت غیرمنتظره و ناگهانی رخ می‌دهد، یک موقعیت پرسترس، برای بیمار و اعضای خانواده وی محسوب می‌شود^(۱)؛ جدائی بیمار از بستگانش که در زمان پذیرش در بخش مراقبت ویژه اتفاق می‌افتد، این شرایط را سخت‌تر می‌کند و رنج و درد وی را تشدید می‌کند^(۲).

با توجه به تأثیر دو سویه خانواده و بیمار بر یکدیگر، امروزه نقشی که خانواده‌ها در بهبودی بیماران بدحال در شرایط بحرانی ایفاء می‌کنند، بسیار مورد تأکید قرار گرفته است^(۳). لذا مراقبت بیمارمحور و خانواده‌محور به طور فزاینده‌ای جهت بهبود کیفیت مراقبت و رضایت بیماران و خانواده‌ی آنها توصیه می‌شود. یکی از پیشنهادات جهت مراقبت بیمارمحور و خانواده‌محور در بخش‌های مراقبت ویژه، اجرای سیاست ملاقات باز است^(۴).

ملاقات از بیمار به عنوان یک تدبیر مثبت و اثرگذار برای کمک به بیمار و اعضای خانواده به منظور سازگاری و تطابق بهتر با استرس ایجادشده به دنبال بیماری حاد مورد تأکید قرار گرفته است^(۵). ملاقات، موجب افزایش امید بیمار، پیشگیری محرومیت حسی پیشگیری، افزایش رضایت‌مندی بیمار و خانواده، ارتقا فرآیند بهبودی و احساس خوب بودن می‌شود^(۶-۸).

با این حال سالهاست که محدودیت ملاقات در ICU به صورت یک عملکرد رایج مطرح است. اگر چه دلایل متعددی در اتخاذ سیاست محدود کردن ملاقات مطرح شده است (مانند ایجاد نظم در بخش^(۹)، کاهش سر و صدا، محرک‌ها، و در نتیجه کاهش خستگی بیمار، ایجاد فرصت کافی برای استراحت بیمار^(۱۰)، کنترل عفونت و...)، اما هیچ‌یک بر اساس شواهد و مدارک معتبر نبوده و به همین دلیل در سال‌های اخیر سیاست‌های ملاقات در برخی از بخش‌های مراقبت ویژه‌ی اروپا و آمریکا با محدودیت کمتری اعمال می‌شود^(۱۱). اهمیت این موضوع تا آنجاست که صاحب‌نظران و رهبران مراقبت سلامت و حتی در بعضی موارد رهبران سیاسی برخی کشورها، اجرای ملاقات‌های آزاد و منعطف را به سیستم‌های درمانی پیشنهاد می‌کنند^(۱۲).

دی برناردو (Bernardo) و همکاران (۲۰۱۵) بیان می‌کنند که بایستی برای یافتن راه حلی برای گشودن ملاقات در ICU تلاش کرد چرا که محدودیت ملاقات هم یک امر غیراخلاقی است و هم ما را از فواید ملاقات باز محروم می‌نماید^(۱۳). امروزه مطالعات زیادی در مورد سازماندهی سیاست‌های ملاقات انجام می‌شود اما اغلب این مطالعات در ایالات متحده انجام شده‌اند در حالی‌که داشتن دانش و اطلاعات کافی پیرامون راهکارهای سازماندهی سیاست‌های ملاقات، اولین گام در راستای ارائه‌ی یک شیوه‌ی مناسب برای ملاقات است^(۱۴).

در ایران مطالعاتی که مستقیماً در ارتباط با سیاست‌های ملاقات از بیمار در بخش‌های ویژه انجام شده است، محدود است و البته بیانگر ملاقات کاملاً محدود و زمان‌بندی شده با تعداد محدود است^(۱۵). مطالعات انجام شده در زمینه‌ی ملاقات را می‌توان در شش دسته‌ی کلی قرار داد. دسته‌ی اول، مطالعاتی هستند که به توصیف سیاست‌های رایج ملاقات در آی‌سی‌یوها پرداخته‌اند و گامی ابتدایی برای ورود به مبحث ملاقات در ICU محسوب می‌گردند^(۱۶، ۱۷). نتایج اکثر این مطالعات دلالت بر اعمال سیاست‌های محدودیت ملاقات دارد. دسته‌ی دوم مطالعات که اغلب مطالعات انجام شده را تشکیل می‌دهند در واقع بر روی

نیازهای بیماران و خانواده‌های افراد بستری در بخش‌های ویژه و تجارب بیماران و خانواده‌ها از بخش ویژه (و نه مستقیماً بر موضوع ملاقات) تمرکز کرده‌اند و نیاز به همجواری با بیمار و ملاقات را به عنوان یکی از یافته‌های جانبی مطالعه‌ی خود گزارش نموده‌اند^(۱۸، ۱۷). دسته‌ی سوم مطالعات نیز به تعیین نگرش پرستاران در مورد ملاقات باز و منعطف در یک مطالعه‌ی توصیفی^(۱۹-۲۱) و یا به تأثیر ملاقات باز بر نگرش پرستاران^(۲۲) پرداخته‌اند. دسته‌ی چهارم مطالعات نیز به تعیین برخی از برآیندهای کمی ملاقات آزاد بر بیماران تمرکز نموده‌اند،^(۲۳-۲۵) دسته‌ی پنجم مطالعات^(۱۸، ۲۶) به بررسی تأثیر ملاقات بر برآیندهای محیطی مانند هوا و عفونت و غیره پرداخته‌اند. و در نهایت مطالعات معدودی^(۲۷) به تأثیر ملاقات باز بر خانواده‌ها پرداخته‌اند. در واقع با مرور متون به نظر می‌رسد که سیاست‌ها و قوانین ملاقات در نقاط مختلف جهان با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، وسعت بیمارستان، موقعیت جغرافیایی بیمارستان، دسترسی بیمارستان به تکنولوژی رایج دنیا و توانایی کارکنان برای پذیرش تغییر در این رابطه و همچنین دانش جدید و روش‌های رایج موجود متفاوت است^(۲۸).

اگر چه در اکثر مطالعات به فواید استفاده از سیاست ملاقات باز اشاره شده است و توصیه شده که این سیاست جایگزین سیاست قبلی گردد، اما بدیهی است که حرکت به سوی ملاقات باز بدون شناخت عمیق چالش‌های فعلی ملاقات از دیدگاه کلیه‌ی ذی‌نفعان از جمله بیماران، خانواده‌ها و پرستاران امری خطیر و دشوار است. اکثر مطالعات انجام‌شده در ایران (به استثناء مطالعه‌ی طیبی و همکاران^(۲۹)) که به شیوه‌ی تئوری زمینه‌ای به تبیین فرآیند ملاقات در بخش‌های ویژه در تهران پرداخته است) از طرح‌های کمی استفاده نموده‌اند که فرصت توصیف عمیق پدیده‌ی ملاقات و زوایا و ابعاد پنهان آن را فراهم نمی‌کند. ضمن آن‌که در اکثر این مطالعات، کلیه‌ی ذی‌نفعان پدیده‌ی ملاقات (پرستار، بیمار، ملاقات‌کننده) با هم مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. لذا با توجه به تجربه‌ی محقق به عنوان پرستار ICU، در مورد موضوع ملاقات و چالش‌های پیش روی پرسنل و کادر درمان و بیماران و خانواده‌ی آنها با ملاقات و نظر به محدودیت ملاقات در اکثر آی‌سی‌یوها، محقق بر آن شد تا در مطالعه‌ی توصیفی-اکتشافی با همراهی بیماران ICU، خانواده‌ی آنها و پرستاران ICU به بررسی و کاوش تجارب، ادراکات و ترجیحات آنان در مورد ملاقات در ICU بپردازد تا بتواند به درکی عمیق از پدیده دست یابد.

روش بررسی

این مطالعه یک پژوهش کیفی از نوع توصیفی اکتشافی است که به روش تحلیل موضوعی (تماتیک) انجام گردید. مطالعه‌ی توصیفی-اکتشافی یک روش پر کاربرد و شناخته شده برای انجام تحقیقات کیفی، خصوصاً زمانی است که دانش تئوریک و واقعی اندکی در مورد یک پدیده‌ی خاص وجود دارد. این روش راهی مناسب جهت دستیابی به تجارب مشارکت‌کنندگان است^(۳۰، ۳۱). این رویکرد برای توصیف پدیده به کار می‌رود. در این روش نسبت به سایر روش‌های کیفی، یافته‌ها به داده‌ها نزدیک‌تر بوده و در آن کمتر تفسیر (بیشتر توصیف) صورت می‌گیرد^(۳۲). مرور متون نشان داد که اطلاعات در مورد چالش‌های ملاقات بیمار در ICU محدود است و تحقیقات انجام‌شده در حوزه‌ی ملاقات تا کنون به طور دقیق و تئوریک و قطعی مشکلات این حوزه و راهکارهای مناسب آن را به ویژه متناسب با زمینه‌ی فرهنگی و

آبدارخانه‌ی بخش بود، انجام می‌شد. مصاحبه با بیماران هوشیار بر بالین آنها در شیفت عصر که محیط ICU خلوت‌تر است و با اجازه از پرستار انجام گردید. تجزیه و تحلیل همزمان با گردآوری داده‌ها (به صورت دستی)، طی شش مرحله با رویکرد تحلیل تماتیک استقرایی انجام شد (ضبط مصاحبه‌ها، بازنویسی به صورت کلمه به کلمه، آشنایی با داده‌ها، ایجاد کدهای اولیه، طبقه‌بندی کدهای مشابه، تشکیل درون‌مایه‌های بالقوه و نام‌گذاری و گزارش تحلیل) (۳۳). به منظور تأمین صحت و استحکام، در مطالعه‌ی حاضر از درگیری طولانی مدت جهت افزایش باورپذیری (اعتبار) استفاده شد. برای درگیری طولانی مدت محقق سعی کرد با مشارکت‌کنندگان مصاحبه‌ی عمیق داشته باشد تا بدین ترتیب به فهمی عمیق در مورد هر مشارکت‌کننده برسد. از بازبینی همتایان نیز جهت افزایش باورپذیری (اعتبار)، افزایش خشی و عینی بودن داده‌ها (تأییدپذیری) استفاده گردید. علاوه بر این از بازبینی مشارکت‌کنندگان جهت افزایش اطمینان‌پذیری (قابلیت اعتماد)، و افزایش خشی و عینی بودن داده‌ها (تأییدپذیری) استفاده شد. از توصیف عمیق کار جهت افزایش قابلیت انتقال استفاده شد. لازم به ذکر است که به طور کلی یافته‌های مطالعات کیفی قابلیت انتقال ندارد اما به هر حال این احتمال وجود دارد که بتوان از آن در سایر زمینه‌ها استفاده کرد (۳۴). لذا تمام تلاش محقق بر این بود که کلیه‌ی مراحل کار را تا حد امکان جزء به جزء بیان و توصیف نماید. ملاحظات اخلاقی: این مطالعه با کد اخلاقی IR.SKUMS. REC.1395.30 توسط دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد مورد تصویب قرار گرفت. از همه مشارکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه کتبی برای شرکت در مطالعه و ضبط صدا اخذ شد و هیچ اجباری برای حضور در مطالعه برای ایشان وجود نداشت.

محدودیت‌های پژوهش: به علت بستری شدن بیماران بسیار بدحال در ICU، تعداد بیماران هوشیار در این بخش کم بود و مهم‌تر از آن بیمارانی هم که هوشیار محسوب می‌شدند هنوز وضعیت جسمانی مناسبی جهت انجام مصاحبه نداشتند و تمایل به مصاحبه با فردی غریبه را نداشتند. لذا امکان دریافت اطلاعات از این گروه با دشواری‌هایی همراه بود.

یافته‌ها

تجربیات و بیانات مشارکت‌کنندگان در ارتباط با چالش‌های ملاقات منجر به تولید سه ساب‌تم (درون‌مایه‌ی) و یک تم (درون‌مایه) تحت عنوان تجربه‌ی تعارض شد که در جدول زیر قابل مشاهده است.

عدم تعادل بین نیاز بیمار به ملاقات و قوانین
عدم تعادل بین نیاز همراه به ملاقات و قوانین
عدم تعادل بین باورهای علمی و انسانی پرستار و قوانین

تجربیه تعارض

اجتماعی ایران و بالاخص شهرکرد مشخص نکرده‌اند و هدف شناسایی چالش‌ها بود، جهت بررسی ابعاد مختلف این موضوع از روش توصیفی - اکتشافی استفاده شد. ویژگی کلیدی و مهم این دو روش (تحلیل موضوعی و روش توصیفی - اکتشافی)، فرآیند سیستماتیک در کدگذاری، مرور معانی و ارائه‌ی توضیحات در مورد وقایع اجتماعی از طریق خلق درون‌مایه‌هاست. این مطالعه بخشی از یک مطالعه وسیع‌تر است که در سال ۱۳۹۶ به تبیین چالش‌ها و توصیف فرآیندهای موجود و تحلیل راهکارهای ممکن پرداخته است. مشارکت‌کنندگان این پژوهش شامل پرستاران، بیماران و همراهان آنها در بخش‌های مراقبت ویژه بود. در هر سه گروه، افراد در صورت تمایل در مطالعه وارد می‌شدند پرستاران، همراهان و بیماران انتخاب شدند که قادر به برقراری ارتباط کلامی با محقق بودند. در نهایت ۳۵ نفر شامل ۶ بیمار، ۹ همراه بیمار و ۲۰ پرستار از دو بیمارستان شهرکرد در مطالعه شرکت کردند. گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه‌ی عمیق و نیمه‌ساختاریافته صورت گرفت. مدت‌زمان هر مصاحبه بر حسب تمایل مشارکت‌کننده به مصاحبه، و نوع پاسخ‌گویی مشارکت‌کننده بود. میانگین زمان مصاحبه‌ها حدود چهل و پنج دقیقه بود که توسط نویسنده دوم انجام گرفت. سؤالات اولیه از پرستاران شامل این موارد بود: «روش رایج ملاقات در بخش شما چگونه است»، «شما چه روشی برای ملاقات پیشنهاد می‌دهید»، «زمانی که همراه بیمار از شما تقاضا می‌کند که بیمار را ببیند، واکنش شما چیست»، «دلیل این واکنش چیست»، «چه راه حلی برای این مسئله دارید؟». از همراهان و بستگان بیمار پرسیده شد که «چگونه بیمار خود را در ICU ملاقات می‌کنید» و از بیماران سؤال شد که «اگر نیاز به ملاقات با بستگانتان داشته باشید چه می‌کنید»، «تا کنون چه کسانی به ملاقات شما آمده‌اند»، «ملاقات در اینجا برای شما به چه صورتی بوده است»، «دوست دارید ملاقات به چه روشی اجرا شود». بر حسب پاسخ‌هایی که مشارکت‌کنندگان به سؤالات می‌دادند، سؤالات دیگری نیز پرسیده می‌شد تا محقق را به سوی پاسخ به سؤالات تحقیق رهنمون سازد. تلاش بر این بود که مصاحبه با پرستاران نیز بر اساس خواست آنها در هر مکان آرامی که مدنظر آنها بود انجام شود. در عمل، پرستاران در شیفت کاری در زمانی که بیمارشان اقدام مراقبتی اورژانسی نیاز نداشت و بنا به تشخیص خودشان، زمان مصاحبه را برای محقق تعیین می‌نمودند و در طول مصاحبه بیمارشان را به یکی از همکاران می‌سپردند و مصاحبه با آنها در مکانی از بخش که خودشان صلاح می‌دانستند، که معمولاً اتاق استراحت پرسنل یا

الف- عدم تعادل بین نیاز بیمار به ملاقات و قوانین

گرچه با تعداد زیادی از بیماران مصاحبه صورت نگرفت اما همین یافته‌ها هم حاکی از تمایل شدید بیمار و البته نگرانی از عواقب ملاقات در ایشان است.

مشارکت‌کننده‌ی ۲۲ که بیمار بخش ای سی یو قلب است این موقعیت تعارض گونه را اینطور تشریح می‌کند: «دوست دارم بچه‌ها را ببینم سر بزندان ولی خب به خاطر این که ناراحتی پیش نیاد تا حدودی دوست ندارم. ایشالا آزاد

که همراهان درجه یک را ببینند و ملاقات داشته باشند... و البته ملاقات آزاد هم خوب برا ICU خوب نیست. مرضیای مختلف در کنار هم داریم. نمی‌دونم والا...»

مشارکت‌کننده‌ی ۱۰ در توصیف تعارضی که در ذهن پرستار در مورد اجازه دادن یا عدم اجازه ملاقات حضوری پیش می‌آید می‌گوید:

«ببینید اصلاً آدم خیلی ناراحت میشه. یعنی ما خودمون هم که خدایی نکرده جای همراه مریضا بذاریم، اگر آدم یکی از وابستگی‌اش را بذاره پشت به اتاق و به سری پاسخ مبهم بهش داده بشه، احساس نگرانش خیلی بیشتر میشه ولی از لحاظ لگال ما چاره‌ای جز این نداریم یعنی این که نمیشه اطلاعات کامل بدیم، نمیشه همراه مریضو اجازه بدی بیاد داخل. خودمون هم خیلی احساس ناراحتی می‌کنیم ولی خوب چاره‌ای نیست.»

بحث

یافته‌ها نشان می‌دهد که چالش فراروی هر سه گروه درگیر با پدیده‌ی ملاقات در ICU را می‌توان در درون‌مایه‌ای تحت عنوان «تجربه‌ی تعارض» مورد بحث و بررسی قرار داد. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، معتقد بودند از طرفی شرایط خاص ICU و شرایط بیمار بستری در این بخش ایجاب می‌کند که ملاقات در این بخش محدود باشد و از طرف دیگر معتقد بودند در همین شرایط حاد بستری بیمار در ICU، هم خود بیمار و هم خانواده، نیاز مبرم دارند که ملاقات‌هایی هر چند مختصر و کوتاه با یکدیگر داشته باشند. در واقع نکته‌ای که در خلال انجام مصاحبه‌ها به شکل واضحی خودنمایی می‌کرد کشمکش موجود در ذهن مشارکت‌کنندگان بود. «تجربه‌ی تعارض» در همه‌ی ذینفعان پدیده‌ی ملاقات یعنی بیماران، پرستاران و همراهان صدق می‌کند. نکته حائز اهمیت این است که تعارض آشکار شده در مطالعه‌ی حاضر به ویژه برای بیمار و ملاقات‌کننده در کمتر مطالعه‌ای مشاهده می‌شود و مطالعات متعدد موجود به اثرات مثبت ملاقات برای بیماران و یا احساس نیاز بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه به ملاقات تاکید کردند^(۳۸-۳۵). هاردین (Hardin) و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند که بیماران ترجیح می‌دهند کنترل بیشتری روی فرآیند ملاقات داشته باشند، ملاقات وابسته به احساس آنها باشد، نه اینکه به طور اتوماتیک و از قبل تعیین شده باشد. آنها مایل بودند خانواده در زمانی که خودشان ترجیح می‌دهند اجازه‌ی ملاقات داشته باشند نه اینکه بر اساس ترجیح پرسنل برنامه ملاقات داشته باشند^(۴۱). این رویه در ارتباط با همراه بیمار نیز صدق می‌کند و به استثنای مطالعات اندکی که ملاقات محدود در ای‌سی‌یو را فرصت مغتنمی برای استراحت و خودمراقبتی اعضای خانواده می‌دانند^(۴۵)، سایر مطالعات به اثرات مثبت ملاقات در ICU بر اعضای خانواده اشاره کرده‌اند^(۴۰، ۳۹).

با این حال، به نظر می‌رسد تعارض آشکار شده در مطالعه‌ی حاضر در حوزه‌ی پرستاران در مطالعات خارج از کشور هم سابقه دارد. کلوند (۱۹۹۴) در یک گزارش موردی می‌نویسد که برخی پرستاران ICU به ساعات ملاقات محدود پایبند بوده و آن را قانون می‌دانستند، اما سایرین با این عقیده موافق نبودند و در عین حال به سیاست پایبند بودند زیرا از احتمال توییح توسط سوپروایزر و سایر همکاران نگران بودند^(۴۱). این مطالعه تنها موردی است که مستقیماً به این موضوع اشاره نموده است. اما نکته‌ی قابل توجه در این ارتباط، یافته‌های مطالعه‌ی طبیبی و همکاران است که بیانگر لایه‌های زیرین مقاومت تیم درمان در

بشیم بریم داخل بخش اون موقع بیان. تا این اتاق هستیم دکترها وقتی میگند نیان، باید نیاند. چون دکترها خوب ما را میخوان. از اون طرف هم آدم می‌خواد کسی را ببینه».

ب- عدم تعادل بین نیاز همراه به ملاقات و قوانین

آنچه در خلال مصاحبه‌ها به وضوح مشخص بود این بود که همراهان، ملاقات بیمار را یک ضرورت و نیاز دانسته و تلاش می‌کردند تا با حضور همیشگی در راهروها و گوشه و کنار بیمارستان همواره مفردی برای ورودی هر چند کوتاه به ICU بیابند. به هرحال این ملاقات کوتاه و یا ملاقات‌های پشت شیشه نیاز آنها را تأمین نمی‌کرد و نمی‌توانست آرامشی که انتظار دارند را برای آنها به ارمغان بیاورد. این نیاز تأمین نشده موجب تقاضای مکرر ملاقات، چشم‌انتظاری و اسکان‌های غیرضروری در جای جای بیمارستان و گاهی حتی منجر به پرخاشگری و جدال با پرسنل می‌گردید. با این حال سعی می‌کنند علیرغم میل با شرایط موجود خود را تطبیق دهند.

«حتماً به چیزی هست که میگند ممنوع الملاقات، خط‌کشی کردند، بهداشتیه، همین جوری که نمیشه بریم ولی اگر شرایطش را جور کنند که با همون لباسای مخصوص بریم مریض را ببینیم خیلی خوبه. ما باید درک کنیم. اونا (پرستار) هم حق دارند. البته ما هم حق داریم». (مشارکت‌کننده‌ی شماره ۱۰)

ج- عدم تعادل بین باورهای علمی و انسانی پرستار و قوانین

در این میان، دوگانگی دیگری نیز به چشم می‌خورد و آن هم «باور انسانی و علمی پرستار به نیاز بیمار و همراه به ملاقات/ باور پرستار به دلایل ممنوعیت ملاقات ناشی از قوانین» بود. در واقع پرستاران به تجربه و نیز به ندرت بر اساس مطالعات علمی خود دریافته بودند که محدودیت ملاقات و فضای خاص ICU موجب بروز مشکلاتی مانند هذیان و... در بیمار می‌شود. علاوه بر مسائل علمی و تجربی، آنها در شأن و مقام یک انسان خود را در جایگاه بیماران و همراهان قرار داده و از منظر آنها به پدیده‌ی ملاقات می‌نگریستند و معتقد بودند که اگر روزی خود و یا عزیزانشان در این موقعیت قرار می‌گرفتند نیازمند ملاقات بودند. این در حالی بود که آنها عمیقاً باور داشتند ملاقات در ICU ممکن نیست و دلایل متعددی برای آن ذکر می‌کردند. بنابراین تعارضی بین باورهایشان رخ می‌داد که دو واکنش را در پی داشت. گاهی این تعارض مانع از پذیرش ملاقات می‌شد و برای آنها عذاب وجدان ناشی از عدم پذیرش تقاضای همراهان به دنبال داشت. ولی واکنش دوم آنها این بود که برای فرار از این تعارض و عذاب وجدان به کرات اجازه ملاقات‌های حضوری کوتاه متعدد و ملاقات‌های پشت شیشه را بدهند. پس از فراهم کردن امکان ملاقات‌های کوتاه حضوری از یک سو مجدداً عذاب وجدان و ترس از بروز مواردی همچون آسیب به بیمار، بروز عفونت در بخش و... ظاهر می‌شد و از سوی دیگر احتمال توییح ناشی از سرپیچی از قانون ممنوعیت ملاقات و ترس‌ها و دلهره‌های وابسته به آن رخ می‌داد و این سیکل معیوب تکرار می‌گردید. اگر چه پرستاران مشارکت‌کننده در ای‌سی‌یو محدودیت‌های ملاقات را از منظر علمی قابل توجیه می‌دانند یا حداقل تصورشان این است که قوانین محدودیت ملاقات با هدف محافظت از بیمار اجرا می‌شود، اما شرایط فعلی را مطلوب نمی‌دانند و ناهمخوانی این قوانین با وضعیت عمومی بیمار ای‌سی‌یو را مورد سؤال قرار می‌دهند.

«البته ملاقات ممنوع برای بیماران ICU خیلی خوب نیست، از نظر مکان و زمان دچار مشکل می‌شوند و نیاز هست

برابر ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه است. مفهوم محوری این مطالعه، «حفظ منطقه امن در ای‌سی‌یو» بود که منجر به رفتار نامتناسب با نیاز بیمار و همراه در ای‌سی‌یو می‌شد^(۱۵).

نتیجه‌گیری

تجربه‌ی تعارض در مشارکت‌کنندگان این مطالعه بیان‌کننده‌ی ضرورت یافتن دلایل ایجاد کننده‌ی تعارض از جمله روتین محوری و عدم اجرای عملکرد مبتنی بر شواهد از سوی پرسنل و به دنبال آن راهکارهای عملی و علمی برای رفع چالش ملاقات محدود است. با توجه به اهمیت سیاست‌های منعطف ملاقات و تأثیر مثبت آن بر بیمار و خانواده لازم است راه حل رفع این تعارض به درستی شناسایی شده و به آن پرداخته شود. در حقیقت آنچه که به‌صورت غالب، باعث تعارض در بین همه‌ی ذینفعان ملاقات در مطالعه‌ی حاضر شده، احتمال افزایش انتقال عفونت و آسیب به بیمار و پابندی به سیاست‌های بعضاً نانوخته و روتین است. این در حالی است که هیچ مطالعه‌ای تاکنون حضور ملاقات‌کننده در ای‌سی‌یوها را با افزایش عفونت‌های بیمارستانی مرتبط ندانسته است. لذا ضروری است دستورالعمل‌ها و بخش نامه‌های مرتبط با موضوع ملاقات به روز شوند و در صورت نیاز، در خصوص اهمیت ملاقات شفاف سازی لازم انجام پذیرد.

کاربرد یافته‌ها در بالین

آنچه واضح و مبتنی بر شواهد است این است که خط‌مشی «ملاقات باز» به عنوان یک نیاز ضروری برای بیماران و خانواده‌ها در بخش مراقبت‌های ویژه مطرح است و دستورالعمل‌های بالینی در بسیاری از کشورها، سیاست ملاقات باز را در بخش مراقبت‌های ویژه در راستای مراقبت‌های خانواده محور توصیه می‌کنند. با این حال توجه به فرهنگ عمومی و سازمانی و همچنین شرایط ویژه‌ی هر بیمار در اتخاذ تصمیمات مربوط به قوانین ملاقات حائز اهمیت است و نباید نادیده گرفته شود. به نظر می‌رسد بعضی عملکردهای روتین و برخی سیاست‌های حاکم در بخش‌های ویژه و همچنین باورهای بدون پشتوانه‌ی علمی در این حوزه نیازمند بازنگری و اصلاح است. این مهم نیازمند عزم جدی پژوهشگران و مدیران بخش‌های مراقبت ویژه است. به علاوه لازم است پرستاران ای‌سی‌یو با مجهز شدن به مهارت‌های تفکر انتقادی، عملکرد پویا و مبتنی بر نیاز بیمار را هدایت نمایند.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه یک پژوهش کیفی از نوع توصیفی اکتشافی است که به روش تحلیل موضوعی (تماتیک) انجام گردید و بخشی از یک مطالعه وسیع‌تر است که در سال ۱۳۹۶ به تبیین چالش‌ها و توصیف فرایندهای موجود و تحلیل راهکارهای ممکن پرداخته است. این مطالعه با کد اخلاق IR.SKUMS.REC.1395.30 توسط دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد مورد تصویب قرار گرفت.

تشکر و قدردانی

از همه مشارکت‌کنندگان که با تجارب ارزشمند خود ما را در این مطالعه یاری کردند تشکر می‌گردد.

References

1. Gaeeni M, Farahani MA, Mohammadi N, Seyedfatemi N. Sources of hope: Perception of Iranian family members of patients in the Intensive Care Unit. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2014;19(6):635.
2. Giannini A, Miccinesi G, Leoncino S. Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey. *Intensive care medicine*. 2008;34(7):1256-62. [DOI: 10.1007/s00134-008-1037-4]
3. Lee MD, Friedenber AS, Mukpo DH, Conray K, Palmisciano A, Levy MM. Visiting hours policies in New England intensive care units: strategies for improvement. *Critical care medicine*. 2007;35(2):497-501. [DOI: 10.1097/01.CCM.0000254338.87182.AC]
4. da Silva Ramos FJ, Fumis R, Azevedo L, Schettino G. Perceptions of an open visitation policy by intensive care unit workers. *Ann Intensive Care*. 2013;3(1):34. [DOI: 10.1186/2110-5820-3-34]
5. Clarke C, Harrison D. The needs of children visiting on adult intensive care units: a review of the literature and recommendations for practice. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;34(1):61-8. [DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.3411733.x]
6. Charlton S. Family presence and visitation in critical care: a rapid evidence assessment: Electronic Theses and Dissertations, University of British Columbia, Retrieved from <https://open.library.ubc.ca/collections/ubctheses/24/items/1.0166206>; 2015. [DOI: 10.14288/1.0166206]
7. Obringer K, Hilgenberg C, Booker K. Needs of adult family members of intensive care unit patients. *Journal of clinical nursing*. 2012;21(11-12):1651-8. [DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03989.x]
8. Smith L, Harrison M, Medves J, Tranmer J, Waytuck B. The Impact of Hospital Visiting Hour Policies on Pediatric and Adult Patients and Families. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 2006;4(10 Suppl):115-28. [DOI: 10.11124/jbisrir-2006-755]
9. Tayebi Z, Dehghan-Nayeri N, Kohan M. Rationales of restricted visiting hour in Iranian intensive care units: a qualitative study. *Nursing in critical care*. 2014;19(3):117-25.
10. Hardin SR, Bernhardt-Tindal K, Hart A, Stepp A, Henson A. Critical-care visitation: the patients' perspective. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2011;30(1):53-61. [DOI: 10.1097/DCC.0b013e3181fd03a0]
11. Olsen KD, Dysvik E, Hansen BS. The meaning of family members' presence during intensive care stay: a qualitative study. *Intensive and critical care nursing*. 2009;25(4):190-8. [DOI: 10.1016/j.iccn.2009.04.004]
12. Liu V, Read JL, Scruth E, Cheng E. Visitation policies and practices in US ICUs. *Crit Care*. 2013;17(71):1-7. [DOI: 10.1186/cc12677]
13. Di Bernardo V, Grignoli N, Marazia C, Andreotti J, Perren A, Malacrida R. Sharing intimacy in "open" intensive care units. *Journal of critical care*. 2015;30(5):866-70. [DOI:10.1016/j.jcrc.2015.05.016]
14. Vandijck DM, Labeau SO, Geerinckx CE, De Puydt E, Bolders AC, Claes B, et al. An evaluation of family-centered care services and organization of visiting policies in Belgian intensive care units: a multicenter survey. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2010;39(2):137-46. [DOI: 10.1016/j.hrtlng.2009.06.001]
15. Haghbin S, Tayebi Z, Abbasian A, Haghbin H. Visiting hour policies in intensive care units, southern iran. *Iran Red Crescent Med J*. 2011;13(9):684-6.
16. Spreen AE, Schuurmans MJ. Visiting policies in the adult intensive care units: a complete survey of Dutch ICUs. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2011;27(1):27-30. [DOI: 10.1016/j.iccn.2010.10.002]
17. Blom H, Gustavsson C, Sundler AJ. Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients—A phenomenological study. *Intensive and*

- Critical Care Nursing. 2013;29(1):1-8. [DOI: 10.1016/j.iccn.2012.04.002]
18. Hinkle JL, Fitzpatrick E, Oskrochi GR. Identifying the perception of needs of family members visiting and nurses working in the intensive care unit. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2009;41(2):85-91. [DOI: 10.1097/jnn.0b013e31819c2db4]
19. Walls M. Staff attitudes and beliefs regarding family visitation after implementation of a formal visitation policy in the PACU. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2009;24(4):229-32. [DOI: 10.1016/j.jopan.2009.03.015]
20. Biancofiore G, Bindi L, Barsotti E, Menichini S, Baldini S. Open intensive care units: a regional survey about the beliefs and attitudes of healthcare professionals. *Minerva anestesologica*. 2010;76(2):93-9.
21. Berti D, Ferdinande P, Moons P. Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. *Intensive Care Medicine*. 2007;33(6):1060-5. [DOI: 10.1007/s00134-007-0599-x]
22. Ghiyasvandian S, Abbaszadeh A, Ghojzadeh M, Sheikhalipour Z. The effect of open visiting on intensive care nurse's beliefs. *Research Journal of Biological Sciences*. 2009;4(1):64-70.
23. Kamrani F, Seyedjavadi M, Abedsaedi Z, Ezzati Z, Alavimajd H, Hosseinian A. Physiologic indices of patients before, during and after visit in coronary care unit at imam khomeini hospital in ardebil. *Faculty Of Nursing of Midwifery Quarterly*. 2010;20(70):18-22.
24. Salavati M, Najafvandzadeh M, Oshvandi K, Homayounfar S, Soltanian A. The Effects of Programmed Visiting on Physiological Indexes in CCU Patients. *SCI J Hamadan Nurs Midwifery*. 2013;20(3):43-9.
25. Basirimoghadam M, Jani M, MR R, Hamzei A, SM M, MH S. The Effect of Regular Family Caregivers' Supportive Meeting on Physiologic Parameters in CVA Patients in Intensive Care Unit. *Medical Surgical Nursing Journal*. 2015;4(3):61-8.
26. Fumagalli S, Boncinelli L, Nostro AL, Valoti P, Baldereschi G, Di Bari M, et al. Reduced Cardiocirculatory Complications With Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit Results From a Pilot, Randomized Trial. *Circulation*. 2006;113(7):946-52. [DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.572537.]
27. Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, Diaw F, Willems V, Tabah A, et al. Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit*. *Critical care medicine*. 2008;36(1):30-5. [DOI: 10.1097/01.CCM.0000295310.29099.F8]
28. Smith L, Medves J, Harrison MB, Tranmer J, Waytuck B. The impact of hospital visiting hour policies on pediatric and adult patients and their visitors. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 2009;7(2):38-79. [DOI: 10.11124/jbisrir-2006-755]
29. Tayebi Z. Explain the process of the special meeting. PhD Dissertation. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2012.
30. Bahrami M. Meanings and aspects of quality of life for cancer patients: A descriptive exploratory qualitative study. *Contemporary Nurse*. 2011;39(1):75-84.
31. Glacken M, Kernohan G, Coates V. Diagnosed with hepatitis C: A descriptive exploratory study. *International journal of nursing studies*. 2001;38(1):107-16. [DOI:10.1016/S0020-7489(00)00046-8]
32. Pelentsov LJ, Fielder AL, Ešterman AJ. The supportive care needs of parents with a child with a rare disease: a qualitative descriptive study. *Journal of pediatric nursing*. 2016;31(3):e207-e18. [DOI: 10.1016/j.pedn.2015.10.022]
33. Tayebi Z, Borimnejad L, Dehghan-Nayeri N, Kohan M. Rationales of restricted visiting hour in Iranian intensive care units: a qualitative study. *Nurs Crit Care*. 2014;19(3):117-25.
34. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative: Lippincott

Williams & Wilkins; 2011.

35. Simpson T, Wilson D, Mucken N, Martin S, West E, Guinn N. Implementation and evaluation of a liberalized visiting policy. *American Journal of Critical Care*. 1996;5(6):420-6.
36. Gonzalez CE, Carroll DL, Elliott JS, Fitzgerald PA, Vallent HJ. Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex care medical unit. *American journal of critical care*. 2004;13(3):194-8. [DOI: 10.4037/ajcc2004.13.3.194]
37. Hoseini Azizi T HF, Ehsaee MR, Esmaily H, Khoshbakht Sh. The Impact of Patient's Family Presence on the Attitudes of Icu Nurses in This Unit. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2013; 12(9): 719-32. *J Rafsanjan Univ Med*. 2013;12(9):719-32.
38. Rahmani R, Motahedian Tabrizi E, Rahimi A. To assess the effect of planed meeting on the physiologic indicators of the patients who suffer from Acute Coronary Syndrome. *Journal of Critical Care Nursing*. 2013;6(1):57-64.
39. Hinkle JL, Fitzpatrick E, Oskrochi GR. Identifying the perception of needs of family members visiting and nurses working in the intensive care unit. *The Journal of neuroscience nursing : journal of the American Association of Neuroscience Nurses*. 2009;41(2):85-91. [DOI: 10.1097/jnn.0b013e31819c2db4]
40. Walls M. Staff Attitudes and Beliefs Regarding Family Visitation After Implementation of a Formal Visitation Policy in the PACU. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses / American Society of PeriAnesthesia Nurses*. 2009;24:229-32. [DOI: 10.1016/j.jopan.2009.03.015]
41. Cleveland AM. ICU visitation policies. *Nursing Management*. 1994;25(9):80A. [DOI: 10.1097/00006247-199409010-00017]